

MECKLENBURG COUNTY HEALTH DEPARTMENT  
CMC-BIDDLE POINT ODONTOLOGIA PEDIATRICA

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Nombre Preferido \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Número de Seguro/Medicaid \_\_\_\_\_  
Nombres y edades de hermanos y hermanas \_\_\_\_\_  
Doctor del Niño/a \_\_\_\_\_ Fecha del último examen físico \_\_\_\_\_  
Dentista Previo \_\_\_\_\_ Fecha del último examen dental \_\_\_\_\_  
¿A quien podemos agradecer por recomendarlo que venga a nuestra oficina? \_\_\_\_\_  
Si lo recomendó otro dentista, ¿cual es la razón por la recomendación? \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL Padre/Madre del Paciente**

Su Nombre \_\_\_\_\_  
Residencia \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal  
Dirección de Correo \_\_\_\_\_  
¿Cuánto tiempo vive ahí? \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE EMERGENCIA**

Nombre del pariente más cercano o amigo que no vive con usted \_\_\_\_\_  
Dirección Completa \_\_\_\_\_ Telefónico \_\_\_\_\_

**FALTANDO A LAS CITAS DENTALES privan a otros de tratamiento. Si usted no puede asistir a la cita, le pedimos que avise a la oficina con por lo menos 24 horas de anticipación. Si no sigue esta regla puede tener consecuencias como cambios de privilegios en tener citas.**

-----POR FAVOR COMPLETE EL LADO DE ATRAS -----

En uso de todo mi conocimiento, la información médica y dental como ha sido contestada es correcta. Yo informaré a esta oficina de cualquier cambio en estado de salud y/o uso de medicinas.

Cuando sea usado para educación, yo doy consentimiento al uso de radiografías, fotografías, modelos de estudio, etc.

La firma del padre de familia o guardián en este documento autoriza que terminen todo el tratamiento dental que se haya acordado y el uso de métodos aceptables para realizar esto. Los métodos alternativos, si hay alguno, me han sido explicados. Me han aconsejado que, aunque se esperan buenos resultados, la posibilidad y naturaleza de complicaciones no se pueden anticipar completamente. Es por eso que, no pueden haber garantías expresadas o insinuadas ya sea del resultado del tratamiento o del cuidado. Además, autorizo ha que los doctores realicen otros servicios dentales, a su juicio, como sean recomendables para mi hijo/a o pupilo legal.

**YO ENTIENDO COMPLETAMENTE ESTE CONSENTIMIENTO Y NO TENGO MÁS PREGUNTAS.**

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del Padre de Familia o Guardián \_\_\_\_\_

**MECKLENBURG COUNTY HEALTH DEPARTMENT  
CMC-BIDDLE POINT ODONTOLOGIA PEDIATRICA**

**HISTORIA DE SALUD DEL PACIENTE**

**Es importante contestar esta información por completo. Por favor haga una marca en sí o no, haga un círculo y explique donde sea apropiado.**

**¿Ha tenido su hijo/a historia de cualquiera de lo siguiente?**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <b>(S) (N)</b>   | <b>(S) (N)</b>   | <b>(S) (N)</b>  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SIDA o infección de VIH      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergias                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia o Desorden de sangramiento |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma o Fiebre del Heno       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis o Reumatismo            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lesión en el Cerebro              |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Incapacidad del Desarrollo       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes                          |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Disturbio Emocional          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia                        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desmayos o Ataques                |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza Frecuentes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desorden de Audición o Habla     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de Corazón o Soplo     |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis o Ictericia        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñones o Hígado   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas en los pulmones         |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Retraso Mental               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desorden del Sistema Nervioso    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento Psiquiátrico          |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de Transmisión Sexual | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cirugía                           |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desorden de la Tiroides      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Latex                             |
|  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ulceras                          |   |

**(S) (N)**

Ha sido su hijo/a diagnosticado con un desorden, enfermedad o síndrome que no esta en la lista de arriba? .....

Si contesto sí, explique \_\_\_\_\_

Ha tenido su hijo/a sangramiento anormal asociado con cirugía, extracciones o accidentes? .....

Ha necesitado su hijo/a alguna vez una transfusión de sangre? .....

Le salen moretones fácilmente? .....

Ha tenido su hijo/a alguna cirugía, radiografía o quimioterapia por un tumor, bulto u otra condición? .....

Explique \_\_\_\_\_

Está embarazada o puede estar? .....

Está tomando pastillas anticonceptivas actualmente? .....

Esta su hijo/a bajo cuidado médico? .....

Haga una lista de las drogas o medicinas que este tomando actualmente \_\_\_\_\_

Haga una lista de alguna alergia a drogas o medicinas \_\_\_\_\_

**HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE**

Es esta la primera cita dental de su hijo/a? .....

Esta su hijo/a o usted nervioso/a o preocupado/a acerca del tratamiento dental? .....

Por favor explique \_\_\_\_\_

Ha tenido su hijo/a alguna mala experiencia en el ambiente dental/médico? .....

Explique \_\_\_\_\_

Está usted satisfecho con el cuidado anterior dental de su hijo/a? .....

Cuál es su preocupación principal acerca de la salud dental de su hijo/a? \_\_\_\_\_

Se ha quejado su hijo/a acerca de dolor o tiene alguna incomodidad actualmente? .....

Está su hijo/a tomando algún tipo de fluoruro? .....

Explique \_\_\_\_\_

Tiene fluoruro el agua para su uso? .....

Ha tenido su hijo/a historia de morderse las uñas, chuparse el pulgar u otro dedo, respirar por la boca, uso de chupón? (por favor haga un círculo) .....

Rechina o aprieta los dientes? .....

Usa o ha usado alguna vez equipo de ortodoncia? .....

Ha tenido historia de trauma o lesión en los dientes, quijada o en la cabeza? .....

Por favor explique \_\_\_\_\_

Se cepilla los dientes su hijo/a todos los días? .....

Le ayuda un adulto a su hijo/a a cepillarse los dientes? .....

Esta su hijo/a lactando o tomando en mamadera actualmente? .....

A que edad paró? \_\_\_\_\_

Como describiría a su hijo/a?:  Nervioso/a  Muy excitable  Hiperactivo/a  Tímido/a

Asustado/a  Poco dispuesto a cooperar  Negativo/a  Otro \_\_\_\_\_

Desarrollo Intelectual:  Avanzado/a  Ritmo Normal  Atrasado

Si su hijo/a esta en un programa de educación especial o estructura, por favor explique \_\_\_\_\_

**Gracias por contestar las preguntas de este formulario cuidadosamente . Si tuviera alguna información que piensa que nos podría ayudar en el tratamiento de su hijo/a, por favor escríbalo aquí \_\_\_\_\_.**